

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-557623

ND. 32008

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8939

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

HAFID EL NOUARA

Date de naissance :

13/10/1965

Adresse :

CASA

Tél. : 0670273881

Total des frais engagés : 250 + 3200 + 106 = Dhs

3556

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/02/2009

Age :

Nom et prénom du malade :

MF. EL MOUSSA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie Orale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/02/2009

CJ

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-557623

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

8939

HAFID

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

3556

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/02/2016	1	1	250.00	INP : 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STEPHARMACIE HAMZA CASABLANCA Haj fath Rue 6 N° 3 lot 5A Tél: 0522 93 10 28	27/07/2020	106.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille Pourcent Optométriste & Opticien	29/07/20					320000

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <hr/> <b>D</b> <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <hr/> <b>B</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

# مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**عبد اللطيف زكرياء**

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

27 Juillet 2020

**Mr. HAFID EI Mostafa**

١٦.٥٠

1/ ZALERG COLLYRE



UNE GOUTTE 2 FOIS PAR JOUR X 2 MOIS

٣٠.٣٠

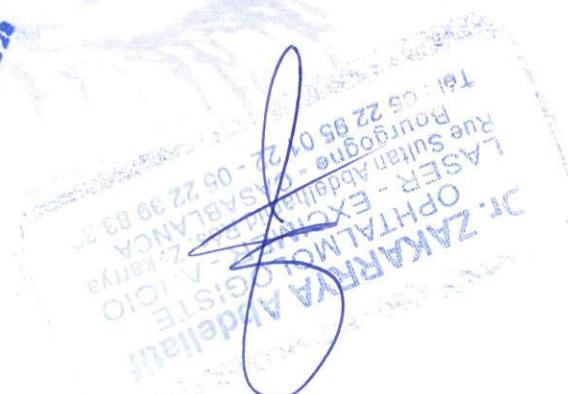
2/ I COMB COLLYRE



UNE GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR PENDANT 15 JOURS

١٠٦.٠٠

STE PHARMACIE HAMZA  
Casablanca  
Lot. Haj Fatima Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 29



معتمد لرخصة القيادة Agrée Pour le Permis de Conduire

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdellah - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

FR

# Zalerg 0,25 mg/ml

## Collyre en solution

### Kétotifène

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.



N'utilisez jamais ZALERG 0,25 mg/ml sans solution :

Si vous êtes allergique (hyperse.

- au kétotifène (substance active),
- ou à l'un des autres composants dans ZALERG (voir rubrique 6 : Informations supplémentaires).

#### Utilisation d'autres médicaments

Si vous devez utiliser un autre collyre en même temps que ZALERG collyre, attendez au moins 5 minutes entre les deux instillations.

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre pharmacien ou à votre pharmacien.

indésirables inattendus, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous avez utilisé plus de ZALERG 0,25 mg/ml, collyre en solution que vous n'auriez dû :**

Il n'y a pas de risques si vous avez avalé accidentellement quelques gouttes de ZALERG. De même, ne vous inquiétez pas si vous avez instillé accidentellement plus d'une goutte dans votre œil.

Publiez d'utiliser ZALERG

1, collyre en solution :

Toutte dès que possible, puis revenez normale. Assurez-vous que la goutte est l'œil. N'instillez pas de dose compenser la dose que vous avez

remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre pharmacien ou votre pharmacien.

#### 5. COMMENT CONSERVER ZALERG 0,25 MG/ML, COLLYRE EN SOLUTION ?

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ne pas utiliser ZALERG après la date de péremption mentionnée sur la boîte ou le flacon après EXP. La date d'expiration fait référence au dernier jour du mois.

ZALERG peut être utilisé jusqu'à 8 semaines après la première ouverture.

يمكن التأثر التكراياً:  
• زيادته إذا كانت الأعراض تتطلب ذلك،  
• ثم يخفي تدريجياً اعتماداً على تحسن العلامات السريرية.  
يمكن تكيف مدة الدلار وفقاً للأعراض.

العرض الدوائي :  
أيكوب® على شكل معقم للعين 5 مل في قارورة من البولي إثيلين منخفض الكثافة .

هام : أقرأ بعناية !

# أيكوب®

التركيب:  
1 مل من معقم أيكوب® يحتوي على :  
ـ ناصف فحالة : 3 ملتر توريد أميسين (3)  
ـ سواغ ذو ثالث توريد معلوم : كلوريد البنـة  
ـ الحواص الدوائية :  
ـ ديساميثازون هو استيريد هشري ذو  
ـ أمـا توـرـامـسـينـ فـوـرـ مـضـادـ حـيـويـ منـ  
ـ ضـعـفـهاـ بـسـودـوـمـونـسـ لـبـرـوجـنـزـ.

مـوـاعـيـ الـإـسـتـهـمالـ :

يوصـفـ هـذـاـ دـوـاءـ ،ـ لـمـلاـجـ المـرضـيـ لـبعـضـ التـهـابـاتـ وـعـدـوـيـ العـيـنـ:

- ـ بعد جراحة العين،
- ـ في العدوى مع الاتهاب، بسبب البكتيريا التي يمكن مكافحتها بالمضاد الحيوي الموجود في هذا الدواء.

Lot: W N 0217  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30

بلـلـ دـيـسـامـيـثـازـونـ (0.1%)

معقم معقم العين



جرؤنـ المـضـادـ للـإـلـهـابـ.  
ـ مـالـيـةـ لـصـبـغـةـ جـرـامـ وـمـنـ

# مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France  
Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**د. عبد اللطيف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

27 Juillet 2020

**Mr. HAFID EI Mostafa**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

VL :

OD = + 2.50 (- 1.25 à 80°)

OG = + 2.50 (- 1.25 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

Optique Mille pour ce n'Add  
Optométriste & Opticien

معتمد لرخصة السياقة

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com



Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

201955

Date :

29/07/20

Mr :

HAFID EL HOSSEYNA

Docteur :

Type des Verres :

Reflet

Arganique ANTI

Monture :

optique

1200,-

\* Vision de Loin :

OD	Axe	80°	Cyl	1,25	Sph	+2,50
OG	Axe	85	Cyl	1,25	Sph	+2,50

1000,-

\* Vision de Prés :

OD	Axe		Cyl		Sph	
OG	Axe		Cyl		Sph	

Add : +2,50 1000,-

Montant :

Thonville Deux cent h.

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C: 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211 - INP : 91023705